

FUNDACION UNIVERSITARIA LUIS AMIGO
ESPECIALIZACION EN ADICCIONES

**“DESENCADENANTES, MANTENEDORES Y REFORZADORES DE LAS
RECAÍDAS EN EL CONSUMO DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE LOS
ADOLESCENTES QUE HAN REALIZADO SU PROCESO DE
REHABILITACIÓN EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA MOCOA”**

Presentado por:

Luis Fernando Asain Ayala

Helmer David Giraldo Rendón

Euler Melo

Mocoa, Putumayo Colombia

2013

FUNDACION UNIVERSITARIA LUIS AMIGO
ESPECIALIZACION EN ADICCIONES

**“DESENCADENANTES, MANTENEDORES Y REFORZADORES DE LAS
RECAÍDAS EN EL CONSUMO DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE LOS
ADOLESCENTES QUE HAN REALIZADO SU PROCESO DE
REHABILITACIÓN EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA MOCOA”**

Presentado por:

Luis Fernando Asain Ayala
Helmer David Giraldo Rendón
Euler Melo

Asesor:

Dr. Gustavo Adolfo Calderón Vallejo

Mocoa, Putumayo, Colombia

2013

CONTENIDO

INTRODUCCION

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción del problema

Formulación

OBJETIVOS

General

Específico

MARCO TEORICO

Una mirada al concepto de recaída

¿Cuántos modelos de recaídas existen?

¿Qué concepto de recaída se pretende utilizar en la investigación?

¿Cómo se clasifican los factores determinantes de las recaídas?

METODOLOGÍA

Paradigma

Enfoque

Población

Delimitación espacial y temporal

Procedimiento

Instrumentos de recolección de información

ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

Parte 1. Antecedentes del consumo

Sección 1

Patrón de consumo

Drogas que volvió a consumir

Tiempo de consumo

Frecuencia de consumo

Sección 2: Abstinencia

Tiempo de abstinencia

Motivo de abstinencia

Parte 2. Recaída

Sección 1

Contexto de recaída

Solo o acompañado

Lugar

Sección 2. Categoría de recaída

Categoría área intrapersonal – ambiental

Categoría área interpersonal

Sección 3. Disparadores de recaída

Categoría área intrapersonal – ambiental

Categoría área interpersonal

INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

CONCLUSIONES

FUENTES CONSULTADAS

LISTA DE ANEXOS

- Anexo 1: Entrevista de Recaída para Usuarios de Sustancias Adictivas ERSA
- Anexo 2: Consentimiento informado

INTRODUCCION

La Comunidad Terapéutica Fray Luis Amigo es un programa de carácter privado y sin ánimo de lucro, dirigido y administrado por la Congregación de Religiosos Terciarios Capuchinos de Nuestra Señora de los Dolores; que ofrece tratamiento integral especializado a adolescentes del departamento del Putumayo con conductas adictivas, uso y/o abuso de sustancias capaces de producir dependencia, comprometiendo al grupo familiar como factor de apoyo en la recuperación, para restituir en el ser humano la dignidad que le corresponde en sus dimensiones bio-psico-social y trascendentes.

Desde esta perspectiva el comprender la naturaleza de las recaídas y cuáles son los factores que la desencadenan, la mantienen y la refuerzan es fundamental para desarrollar intervenciones eficaces, debido a que el conocimiento de las variables que pronostican el éxito o el fracaso terapéutico en el tratamiento de las drogodependencias es importante para la adecuada planificación del mismo.

En las siguientes paginas se presenta en forma clara y concisa los hallazgos encontrados a lo largo de las fases de estudio, el presente trabajo de grado está dividido en tres secciones en donde se plasman elementos esenciales para entender los desencadenantes, mantenedores y reforzadores de las recaídas en los usuarios egresados de la Comunidad Terapéutica.

En la primera parte, el lector encuentra una minuciosa descripción del problema, la justificación y los objetivos de la investigación, estos elementos se representan en conceptos y datos estadísticos que muestran la realidad local de las recaídas en el consumo de sustancias psicoactivas y realzan la importancia de la ejecución de la investigación.

La segunda parte, se concentra en el marco referencial representado en los antecedentes y el marco teórico de la investigación; en esta sección se resaltan los aportes de Marlatt y Gordon (1985), frente al concepto de recaída, los modelos teóricos existentes para abordar las recaídas, el concepto de recaída que se utilizó para la investigación y los factores determinantes en dicha problemática. Posteriormente se sustenta la metodología a utilizar (Paradigma cualitativo, enfoque histórico hermenéutico); se plasma el instrumento de recolección de información (Entrevista de Recaída para Usuarios de Sustancias Adictivas ERSA), instrumento válido y confiable que permitió obtener información relevante para la ejecución del presente estudio; todos estos elementos estuvieron enmarcados bajo el enfoque cognitivo – comportamental, un enfoque que estudia la conducta y la experiencia de los seres humanos, cómo sienten, piensan, aprenden y conocen para adaptarse al medio que les rodea con el fin de ayudar a conocer y explicar el comportamiento humano y en algunos casos predecir sus acciones futuras, para intervenir sobre ellas.

Por último el lector se enfrenta a los resultados y a la interpretación de los mismos, en donde los autores concluyen postulando que la presencia de emociones desagradables que causan un afecto displacentero; la impresión personal de mayor control frente a la adicción, asociada al pensamiento del egresado frente a la desaparición de los problemas relacionados con el consumo y los problemas interpersonales a nivel familiar se convierten en los principales desencadenantes y disparadores de la recaída.

Con estas palabras se prepara el camino, para que el lector descubra en cada una de las siguientes páginas el concepto de recaída y los factores que desencadenan, mantienen y refuerzan esta conducta.

PROBLEMA DE INVESTIGACION

Descripción del problema

En el departamento de Nariño y Putumayo se han hecho grandes esfuerzos en el tratamiento de las drogodependencias, sin embargo existen muy pocos estudios que corroboren la eficacia de los mismos, y muchos de los sujetos después del post tratamiento vuelven a consumir en periodos relativamente cortos, como dijera Miller y Col, (2006) “la alta tasa de recaídas es uno de los problemas más importantes en el tratamiento de las conductas adictivas”.

“Investigaciones realizadas demuestran que el 35% de los casos atendidos por consumo de sustancias psicoactivas, presentan una recaída después de los tres meses siguientes de la terminación del tratamiento, es decir dos tercios de las personas que recibían tratamiento volvían al consumo en los meses siguientes”.

Desde esta perspectiva las recaídas entendidas por Miller como un proceso determinado por factores cognitivos, situacionales y precipitantes que sigue a un periodo de abstinencia o consumo controlado, se convierten en un importante foco de investigación puesto que el comprender la naturaleza de este fenómeno permite desarrollar aproximaciones terapéuticas para neutralizar o amortiguar el efecto de estos factores y minimizar su ocurrencia.

Bajo esta premisa se postuló y desarrollo el presente trabajo de grado, un trabajo que nació a raíz del trabajo y la observación de los procesos desarrollados con adolescentes consumidores en la Comunidad terapéutica Mocoa, un trabajo que llevo a preguntarnos ¿Cuáles son los factores que desencadenan las recaídas?, ¿Cuáles son

las situaciones que mantienen esta situación?, ¿Cuáles son los elementos que refuerzan estas conductas?

Todas estas preguntas despertaron el interés del equipo investigador, se transformaron en objetivos específicos que dan cuenta del objetivo general de la investigación; se convirtieron en metas para la recolección de información y por último estos interrogantes se cristalizan para generar nuevos conocimientos en torno a los desencadenantes, mantenedores y reforzadores de las recaídas en el consumo de sustancias psicoactivas.

Pregunta de investigación.

¿Cuáles son los desencadenantes, mantenedores y reforzadores de las recaídas en el consumo de las sustancias psicoactivas de los adolescentes que han realizado su proceso de rehabilitación en la Comunidad terapéutica Mocoa?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo general

Identificar los factores desencadenantes, mantenedores y reforzadores de la recaída en el consumo, en busca de diseñar estrategias de prevención para este fenómeno en los adolescentes egresados de la comunidad terapéutica Mocoa.

Objetivos específicos

Identificar los factores que anteceden el episodio de recaída en el consumo de sustancias psicoactivas.

Establecer las situaciones que mantienen y refuerzan la recaída en el consumo de sustancias psicoactivas.

Plantear estrategias y alternativas de abordaje de los desencadenantes, mantenedores y reforzadores de las recaídas en el consumo de sustancias psicoactivas.

MARCO TEORICO

Para investigar los factores desencadenantes, mantenedores y reforzadores de la recaída en el consumo de sustancias psicoactivas fue necesario plasmar las bases teóricas que respaldan la investigación y a su vez se convierten en los cimientos de la misma; por este motivo a continuación se presentan los principales aspectos que incidieron en el tema a estudiar, entre los que se encuentran una contextualización frente al concepto de recaída, un resumen detallado frente a los diferentes modelos teóricos, la explicación del modelo a utilizar en la presenta investigación y la clasificación de los principales factores que pueden desencadenar una recaída.

Una mirada al concepto de recaída.

Uno de los primeros problemas con los que se enfrenta este campo de investigación es la propia delimitación del concepto de recaída. Catalano y col, (1996) han señalado que antes de empezar a hablar de recaída, es preciso que se produzca la abstinencia y los criterios empleados en los diferentes estudios han sido muy variados a la hora de determinar el periodo de tiempo mínimo necesario sin consumo para empezar a hablar de abstinencia. Mientras que en algunos casos (Ossip-Klein y col. 1986) este periodo se tasa en 24 horas, en otros (Surgeon General, 1988) se establece sólo cuando finaliza el tratamiento.

Definir la abstinencia por algún periodo de tiempo puede ser útil, al permitir distinguir entre aquellos consumidores continuos y aquellos que son capaces de dejar la droga por un breve espacio de tiempo. En este sentido parece necesario llegar a un acuerdo sobre cuál debe ser ese periodo mínimo sin consumo para que el comenzar a hablar de recaídas sea significativo. En la mayor parte de estudios no se da información sobre los periodos de abstinencia de los sujetos antes de la recaída. De

esta forma se asume que todos los sujetos que están en tratamiento son susceptibles de recaer, sin tener en cuenta el periodo de abstinencia.

La complejidad para definir el concepto de recaída parece evidente, si tenemos en cuenta los múltiples significados que se le han otorgado a este término. Según Donovan (1996a) en los diferentes trabajos se presentan distintas definiciones de recaída, entre las que se considera a ésta como: a) Un proceso que gradualmente e insidiosamente lleva a la iniciación del consumo de sustancia; b) Un evento discreto que se define por una caída o una vuelta al consumo de la sustancia; c) La vuelta al consumo de la sustancia con la misma intensidad que en los niveles anteriores al tratamiento; d) El consumo diario de la sustancia durante un determinado periodo temporal; e) Una consecuencia que lleva a la necesidad de iniciar de nuevo el tratamiento.

Marlatt (1985, 1996a) ha establecido una distinción conceptual aceptada por otros muchos autores (Catalano y col. 1996; Miller, 1996). Distingue el autor entre el consumo puntual de una sustancia (“lapso”, “desliz” o “caída temporal”) entendida como el primer consumo después de un periodo de abstinencia y la “recaída”, que supondría el retorno a la conducta dependiente que se había intentado cambiar, recuperando o no los niveles de la línea base anterior al tratamiento.

Los “lapsos” pueden ser consumos esporádicos de una sustancia o episodios de consumo intenso durante algunos días. En palabras de Marlatt (1985) un “lapso” se definiría como un obstáculo o retroceso en el intento que una persona hace para cambiar o modificar una conducta concreta. La recaída supondría desde esta perspectiva el uso continuado de la sustancia después de ese desliz inicial y se entendería como el resultado de una dinámica que se va desarrollando a lo largo del tiempo, de un modo gradual. La transición entre un consumo puntual y el retorno a la adicción dependerá de una serie de procesos en los que intervienen múltiples variables.

Considerar la recaída como un fenómeno discreto que ocurre cuando se produce cualquier consumo de droga desde que se ha finalizado el tratamiento o considerarla como un proceso que se desarrolla a lo largo del tiempo tiene; bien como señala Donovan (1996a), claras implicaciones para la investigación.

Por una parte, se pueden estimar diferentes tasas de recaídas en los estudios de evaluación, dependiendo de la definición que se tome. Por otra, esto también tiene implicaciones en las aproximaciones metodológicas y conceptuales que se utilicen para analizar los factores que predicen la recaída.

Cuando se considera la recaída como un consumo puntual se puede establecer una distinción entre el consumo de la droga primaria de abuso o el primer consumo de cualquier otro agente psicoactivo. En algunos estudios (Hubbard y Marsden, 1986; Catalano y col., 1996) se ha comprobado que el consumo de la droga primaria es un fuerte predictor del abuso posterior. Sin embargo, si el primer consumo acontece con una droga sustitutiva, no está claramente establecido que esté relacionado con un consumo compulsivo de la droga primaria.

De la misma manera, se ha encontrado que los “lapsos” no necesariamente conducen a un uso compulsivo e incontrolado (Heather y Robertson, 1981; Waldorf, 1983). Algunos autores han considerado que los lapsos pueden constituir experiencias de aprendizaje positivas (Marlatt y Gordon, 1985a). Desde esta perspectiva dicotómica, el análisis de los factores de riesgo y de protección se realiza a partir de estudios retrospectivos en los que la información se recoge después de que se ha producido la recaída y se analizan los predictores (sociales, demográficos o psicológicos) que llevan a un individuo a recaer.

Cuando la recaída se considera como un proceso (el resultado de una serie de eventos que se van desarrollando a lo largo del tiempo) los indicadores para definirla, podrían

ser: a) el consumo diario de una sustancia en un periodo de tiempo especificado; b) la vuelta a un nivel de consumo similar o superior que la línea base anterior al tratamiento; c) la pérdida de control que lleva a la necesidad de readmisión en el tratamiento.

En cualquier caso, este consumo debe ser evaluado en términos de cantidad y/o duración, a partir de instrumentos o registros específicos. Cuando se considera la recaída como un proceso dinámico que se desarrolla a lo largo del tiempo, para analizar los factores que predicen la recaída, centrarse en los precipitantes inmediatos es más apropiado que recurrir a la información histórica en un momento determinado, y parece necesario la utilización de estudios prospectivos para evaluar las variaciones temporales en y entre los elementos importantes del proceso. Las evaluaciones deben ser realizadas periódicamente, con algún grado de regularidad a lo largo del tiempo, para captar el proceso por el que se vuelve a un consumo regular de la sustancia.

La asunción de un modelo de enfermedad (Miller y Hester, 1986), para explicar las adicciones y la creencia de que cualquier consumo de droga después del tratamiento puede ser perjudicial para el individuo adicto, llevó en un principio adoptar una definición dicotómica de la recaída (el individuo abstemio o recaído) y se considera que la recaída está determinada por un impulso, “un deseo todopoderoso” enraizado en la dependencia física y en la presencia de los síntomas de abstinencia. Este deseo intenso a consumir lleva a una pérdida de control y por ello un único consumo lleva a la recaída de forma inevitable. De acuerdo con ese modelo de enfermedad que considera la dependencia física y los síntomas de abstinencia como los determinantes principales de la recaída, se olvidan importantes variables post-tratamiento, relacionadas con el contexto externo, ambiental o situacional que pueden jugar un papel importante en el proceso de recaer. En los últimos años, desde diferentes modelos teóricos y adoptando el concepto de recaída como proceso, se ha subrayado la existencia de factores situacionales y personales que interactúan para precipitar la aparición de la recaída.

¿Cuántos modelos teóricos frente a las recaídas existen?

Los primeros modelos que subyacen al tratamiento de las conductas adictivas se enmarcan dentro del modelo de enfermedad y dan importancia a los parámetros biológicos de la adicción, centrándose en las sustancias y en sus efectos farmacológicos. Estas aproximaciones parten del supuesto de que el “adicto” no puede controlar voluntariamente su conducta de consumo debido a las poderosas influencias de fuerzas fisiológicas internas, tales como compulsiones, deseos e impulsos irresistibles. El excesivo consumo de cualquier sustancia psicoactiva o la realización de cualquier actividad que lleve a la gratificación inmediata (conducta de adicción), se percibe como un problema de control de impulsos.

De acuerdo con este modelo, las conductas adictivas están basadas en la dependencia física subyacente y la atención se centra en los factores fisiológicos, que pueden transmitirse genéticamente y que predisponen a la adicción. Esta línea de pensamiento viene a sustituir al “modelo moral” de la adicción que consideraba al adicto como una persona a la que le falta “fuerza moral” para resistir la tentación. En el caso del alcoholismo se etiquetaba al bebedor como una persona que carecía de fuerza de voluntad o carácter moral y, por tanto, se condenaba moralmente las conductas adictivas, siendo considerada por algunos como una conducta pecaminosa.

Frente a la concepción moral del problema, el concepto de enfermedad del alcoholismo ofrece una serie de ventajas para la intervención. Cambiar el estigma moral asociado con los problemas de la bebida a la consideración del alcoholismo como enfermedad, incrementa el número de personas que buscan ayuda o asistencia para su problema. Quizás, como señala Marlatt (1985), una de las principales razones para este cambio es que, desde el modelo de enfermedad, se absuelve al alcohólico de aceptar la responsabilidad personal o la culpa moral de su condición. El proceso de

enfermedad se asume como latente, incluso antes de que el alcohólico tome la primera bebida (debido a la predisposición genética) y permanece activo (aunque temporalmente en remisión), incluso aunque después de un tratamiento pase años sin tomar una bebida. Dentro de este modelo el concepto de control juega un papel fundamental. Por una parte, se asume que el alcohólico es incapaz de ejercer control sobre su conducta a causa de la influencia de factores fisiológicos internos que subyacen a la adicción. Por otra parte, se mantiene que la única forma de solucionar el problema (de evitar la conducta adictiva) es mantenerse alejado de la sustancia. La recaída se produciría por una pérdida de control que se desencadenaría con un simple consumo. De esta forma, el rango posible para la evaluación de resultados de tratamiento se reduce a una solución dicotómica: o bien uno es abstemio (se ejerce control) o bien recae (pierde el control).

Un único consumo es un fracaso en el tratamiento, ya que supone una pérdida de control que lleva al consumo compulsivo. Como indica Marlatt (1985) parece paradójico en este modelo que aunque la etiología de la drogodependencia se describe como un proceso de enfermedad que está más allá del control o la responsabilidad del consumidor, el tratamiento defiende la abstinencia total del consumo, y propugna el control personal como elemento fundamental en el proceso de recuperación. El movimiento de Alcohólicos Anónimos, integrando el modelo de enfermedad del alcoholismo y el modelo moral, aboga por la entrega de ese control personal a un “poder más alto”, como el primer paso en el proceso de recuperación.

Frente a las concepciones biologicistas, emerge hacia los años 70 el modelo conductual de la adicción como alternativa al modelo de enfermedad y al modelo moral. Teniendo en cuenta los principios de la teoría del aprendizaje social, la psicología cognitiva y la psicología social experimental, desde este modelo se consideran las conductas adictivas como patrones de hábitos adquiridos que pueden ser analizados y modificados de la misma manera que otros hábitos conductuales. Las conductas adictivas tienen que ser definidas en términos de frecuencia de ocurrencia a

lo largo de un continuo, en lugar de ser definidas en términos de categorías discretas o fijas tales como el consumo excesivo (pérdida de control) o la abstinencia. Se asume que todos los puntos de ese continuo, desde muy infrecuente hasta el consumo excesivo, están gobernados por procesos similares de aprendizaje.

Esta postura reconoce que un uso continuado e intenso de las sustancias puede tener manifestaciones físicas y llevar a la enfermedad. Sin embargo, no se presupone que la conducta en sí misma sea una enfermedad o que esté causada por un trastorno fisiológico subyacente, sino que ésta es el resultado de un ciclo de conductas adictivas que se desarrolla durante un periodo de tiempo determinado.

Las conductas adictivas se caracterizan por ser patrones de hábitos desadaptativos, a los que generalmente les sigue una forma de gratificación inmediata, bien por proporcionar un determinado estado placentero, o bien, por reducir el grado de tensión o activación. Las conductas de consumo se realizan en muchas ocasiones en situaciones percibidas por el sujeto como estresantes. Así, se bebe para reducir la ansiedad social; se fuma para calmar los nervios, o se consumen otras drogas en situaciones de aburrimiento. En palabras de Marlatt (1985), las conductas de consumo serían medios desadaptativos de enfrentarse a las situaciones. En sí mismas, estas conductas no son desadaptadas; se transforman en tales cuando, bien por la frecuencia con la que se realizan, o bien por el uso repetitivo de las mismas, por la escasa conciencia de la actividad que realice, lleva a consecuencias negativas en términos de pérdida de salud, estatus social o autoestima.

Otros tipos de conductas, que se incluyen en la categoría de conductas impulsivas tales como: el juego compulsivo, el trabajo compulsivo y ciertos problemas sexuales (exhibicionismo, paidofilia, etc.), desde esta perspectiva, también pueden ser consideradas como conductas adictivas. Todas ellas se caracterizan por la gratificación inmediata y las consecuencias negativas a largo plazo, siendo específico del consumo de drogas el hecho de que la fuente de la compulsión está enraizada en

factores fisiológicos. El modelo médico pone un excesivo énfasis en los factores fisiológicos de la adicción, olvidando en gran parte que estas conductas también están fuertemente influidas por las expectativas o los efectos deseados derivados de la realización de la actividad.

Diferentes investigaciones (Marlatt y Rohsenov, 1980), sugieren que los factores cognitivos y ambientales ejercen mayor influencia en la determinación de los efectos de las drogas que los efectos farmacológicos o físicos de la droga en sí misma. Los procesos cognitivos, tales como las expectativas y las atribuciones, se aprenden y están más abiertos a la modificación y al cambio que los procesos fisiológicos que son relativamente fijos.

Aceptar el hecho de que las conductas adictivas son aprendidas, podría representar, según algunos autores, una vuelta al modelo moral de la adicción, en el sentido de que se mantendría que la persona tiene toda la responsabilidad de su adicción y que ésta podría deberse a alguna debilidad moral. Sin embargo, los teóricos conductuales, en palabras de Marlatt (1985), definen la adicción como un poderoso patrón de hábitos, un ciclo adquirido de conducta auto-destructiva, que surge por efectos del condicionamiento clásico (tolerancia adquirida por los efectos de la sustancia) y el condicionamiento operante, tanto positivo (por la fuerte demanda de la sustancia), como negativo (forma de escapar o evitar estados físicos o mentales negativos).

Además de estos factores relacionados con los procesos de condicionamiento clásico y operante, el consumo de drogas está determinado por expectativas y creencias adquiridas sobre los efectos de la drogas, como un antídoto en situaciones de estrés y ansiedad. Así mismo, el modelado (aprendizaje observacional) en el contexto de la familia, los amigos o los medios de comunicación también ejercen su influencia.

Describir el problema de las adicciones, en términos de patrones de hábitos aprendidos, no supone que la persona sea responsable de la adquisición de esos

hábitos ni que el individuo sea capaz de ejercer un control voluntario sobre su conducta. Desde el modelo del aprendizaje social, los sujetos con problemas de consumo de alcohol y otras drogas son sujetos que han adquirido y consolidado, a partir de experiencias de refuerzo diferencial y modelado, la conducta de consumo como una respuesta dominante y generalizada en su repertorio conductual, especialmente en condiciones y situaciones consideradas negativas para los individuos.

Sin embargo, según este modelo, a pesar de que las conductas de adicción surgen como consecuencia de experiencias pasadas de aprendizaje, que se escapan al control voluntario, éstas son modificables, bien eliminando estas conductas directamente (condicionamiento) o bien generando modos alternativos de responder ante las situaciones que las provocan. En este proceso de cambio de hábitos, la participación activa del individuo y que éste asuma la responsabilidad para el cambio, parecen elementos necesarios.

Teniendo en cuenta este modelo y considerando el consumo de drogas y las recaídas como un proceso, a finales de los años 70, se comienzan a estudiar determinantes ambientales, cognitivos y emocionales que subyacen al proceso de recaída. Connors y col. (1996), realizan una revisión de los modelos psicológicos y psicobiológicos que se han desarrollado en los últimos años.

Cada modelo difiere en la importancia asignada a las variables de la persona, a la situación o a su interacción y en las variables específicas más relevantes. Pero, para todos ellos, las variables cognitivas (atribuciones, expectativas, racionalizaciones, autoeficacia), a través de las cuales el individuo define y categoriza situaciones, desempeñan un papel central en el análisis de la recaída. Sánchez-Craig (1976), en su modelo de evaluación cognitiva, señala que la percepción y la interpretación que un individuo hace de la situación es el determinante más importante en la conducta de consumo. Los individuos pueden evaluar una situación como positiva, negativa o

neutra. Estas evaluaciones de la situación pueden verse afectadas por la información disponible y por la valoración de estrategias de afrontamiento adecuadas para enfrentarse a esa situación. Para este modelo, las valoraciones inapropiadas de una situación, (por ej. centrarse en los beneficios inmediatos de beber e ignorar las consecuencias a largo plazo), las situaciones negativas, la ausencia de habilidades de afrontamiento adecuadas y la valoración del consumo de alcohol como un recurso para afrontar esas situaciones, serían los principales determinantes de las recaídas.

De una forma similar, el modelo de interacción persona-situación de Litman (1986) considera que la recaída es un proceso que tiene lugar en el individuo y que incluye un proceso de interacción entre: a) una situación percibida como amenazante o de alto riesgo; b) las habilidades de afrontamiento disponibles para el individuo; c) la percepción de la eficacia y del grado de adecuación de estas habilidades para enfrentarse a esa situación.

La recaída es más probable que ocurra cuando el individuo siente que no tiene estrategias suficientes para manejar esa situación. En sus estudios sobre consumo de alcohol se han identificado cuatro categorías primarias de situaciones de alto riesgo: a) estados emocionales negativos, como depresión y ansiedad; b) situaciones previas relacionadas con la bebida; c) ansiedad social-interpersonal; d) disminución de la vigilancia cognitiva y racionalización para realizar el primer consumo.

Otros autores (Wilson, 1978; Rollnick y Heather, 1982; Annis, 1986) partiendo del modelo cognitivo-conductual de Bandura, han destacado la importancia de las expectativas de resultados y autoeficacia para analizar las recaídas. Desde este modelo, la estimación que una persona realiza de los resultados asociados con una conducta determinada (expectativas de resultados) y la estimación de la persona de que ella es capaz de realizar esa conducta (autoeficacia), son los determinantes fundamentales de la acción. En el caso de la recaída, la forma en que una persona interpreta sus estados físicos y emocionales, la autoeficacia percibida para enfrentarse

con situaciones en las que es posible consumir alcohol u otras drogas y las expectativas que se tienen sobre los efectos, tanto del consumo como del tratamiento, serán los determinantes principales.

En concreto, las bajas percepciones de su propia capacidad para enfrentarse con los problemas del alcohol y las drogas, la creencia de que se es incapaz de consumir de una manera controlada después de un consumo inicial y las expectativas negativas de los resultados del tratamiento que se dan ante ese consumo, serán los precipitantes más inmediatos de la recaída. El repertorio de habilidades de afrontamiento y la disponibilidad de los apoyos del entorno, son también factores que afectan la probabilidad de recaer.

Se han realizado también aportaciones importantes para la comprensión de la recaída, por parte de aquellos investigadores que trabajan desde una perspectiva psicobiológica y desde los que se analizan fundamentalmente los procesos de activación emocional relacionados con el deseo y la urgencia de consumir que llevan a la recaída. La urgencia subjetiva se incluye en estos modelos como el aspecto apetitivo de la sustancia relacionado con los efectos de la abstinencia, tanto fisiológica como psicológica. Para una revisión de los mismos puede verse Donovan y Chaney (1985) y Connors y col. (1996). Desde estos modelos, de carácter psicobiológico, las recaídas han sido atribuidas al agente (la droga en sí misma), las características personales del consumidor y los antecedentes ambientales.

A pesar de las diferencias entre los diversos modelos, en relación con la importancia que le dan a algunas variables frente a otras, en todos estos modelos contemporáneos se presta atención a conjuntos de variables de naturaleza dinámica que suponen la interacción de variables de la persona y del ambiente. Como señalan Miller, Westerberg, Harris y Tonigan (1996), las situaciones de vida que generan estrés, los estados emocionales negativos, las expectativas acerca de los efectos de las drogas, las expectativas de autoeficacia, las conductas de afrontamiento y el apoyo social, son

notas comunes en la mayor parte de teorías que tratan de analizar el consumo de drogas y el proceso de recaída. Para otros modelos (Prochaska y DiClemente, 1982; Miller, 1985), los estados motivacionales que incluyen el balance en la toma de decisiones y los estadios de receptividad al cambio también son considerados elementos importantes para la prevención de recaídas.

Uno de los modelos de mayor influencia, que intenta integrar los factores que se han recogido desde diferentes teorías y que ha guiado un gran número de investigaciones, es el modelo de recaídas desarrollado por Marlatt y colaboradores (Cummings, Gordon y Marlatt, 1980; Marlatt y Gordon, 1985, Marlatt, 1996). Este modelo ha proporcionado un importante esquema para describir, comprender, predecir y prevenir las recaídas, ha contribuido, significativamente a la práctica clínica y ha estimulado la investigación sobre estrategias de prevención de recaídas.

¿Qué concepto de recaída se pretende utilizar para la presente investigación?

El concepto de recaída, es un concepto complejo, difícil de delimitar, con múltiples definiciones; para algunos autores es un proceso que lleva gradualmente al consumo de una sustancia, un evento discreto que se define por una caída o vuelta al consumo después de un periodo de abstinencia, para otros es la vuelta al consumo con la misma intensidad que antes de iniciar el tratamiento; sin embargo para el presente estudio el equipo investigador retoma el concepto de Marlatt y Gordon (1985) quienes postulan: “la recaída es un proceso determinado por factores cognoscitivos y situacionales, caracterizado por la presencia de factores precipitantes que conducen a la caída después de un periodo de abstinencia o consumo controlado”, estos autores abordan este fenómeno como un sistema complejo multidimensional, en el cual se da una interrelación entre todos los elementos implicados (factores predisponentes que incrementan la vulnerabilidad del individuo a la recaída, precipitantes inmediatos, estado físico y afectivo, procesos cognitivos, y habilidades de afrontamiento)

Desde esta perspectiva la recaída se produce al exponerse el sujeto a una situación de riesgo, sin ser capaz de responder con las estrategias de afrontamiento pertinentes para garantizar el mantenimiento de su abstinencia; como dijera Marlatt y Gordon (1985), “si ante una situación de riesgo el sujeto puede emitir una respuesta de afrontamiento adecuada, la probabilidad de recaída disminuirá significativamente, ya que el afrontamiento satisfactorio a la situación de riesgo se percibe por el sujeto como una sensación de control que, además se asocia con la expectativa positiva de ser capaz de superar con éxito el próximo acontecimiento conflictivo que se le presente, por lo que se produce un considerable aumento de la percepción de autoeficacia”.

A medida que aumente la duración de la abstinencia y el individuo pueda afrontar eficazmente cada vez más situaciones de riesgo, la percepción de control se incrementará de forma acumulativa y la probabilidad de recaída disminuirá (Marlatt, 1993; Marlatt y Gordon, 1985). Pero, si por el contrario, el sujeto no es capaz de afrontar con éxito una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaer en posteriores situaciones aumentará, por una parte porque disminuirá su percepción de autoeficacia y, por otra, porque le será mucho más sencillo, por su experiencia previa y por su patrón de conducta habitual, el anticipar la expectativa positiva derivada del consumo de la sustancia que el anticipar, por el contrario, las consecuencias negativas derivadas de la conducta de consumo.

¿Cómo se clasifican los factores determinantes de las recaídas?

La taxonomía preliminar que había sido establecida por Marlatt, a partir de sus primeros estudios con alcohólicos, fue revisada y ampliada a un sistema de ocho categorías. Este sistema de codificación revisado, clasifica, a su vez, los factores determinantes de la recaída en dos grandes grupos: intrapersonales e interpersonales.

En el primer grupo, denominado determinantes ambientales - intrapersonales, se clasifican aquellos episodios de recaída que surgen como respuesta a fuerzas fundamentalmente intrapersonales (dentro del individuo), bien de naturaleza psicológica o física, o bien reacciones a acontecimientos ambientales que han sucedido en un pasado relativamente distante y en los que el factor precipitante no son otras personas, por ejemplo mala suerte, accidentes, pérdidas financiera entre otras.

En el segundo grupo, denominado determinantes ambientales, se integran aquellos episodios de recaída cuyos determinantes son de naturaleza interpersonal y la presencia o influencia de otros individuos forma parte del evento precipitante de la recaída; dentro de estos se encuentran los conflictos interpersonales relacionados con el matrimonio los amigos, la familia, el trabajo y la presión social directa o indirecta que induce al consumo de drogas.

Dentro del grupo de determinantes ambientales - intrapersonales se incluyen cinco categorías.

La primera de ellas, es el enfrentamiento con estados emocionales negativos; integra todos los episodios de recaída que ocurren cuando el individuo se encuentra en un estado emocional desagradable o tiene sentimientos negativos. Dentro de esta categoría se establece una diferenciación entre los sentimientos de frustración y furia y otros estados emocionales negativos. Como señalan Marlatt y Gordon (1985a), “esta distinción se hizo por la alta tasa de recaídas que en el primer estudio con alcohólicos se debían a situaciones de frustración en los que los sujetos ven bloqueada una actividad dirigida a meta, seguidos de sentimientos de culpa, hostilidad o agresión que pueden llevar al enfado”.

En la segunda categoría, se incluyen los estados físicos o fisiológicos negativos, se incluyen todos aquellos casos en los que la recaída está determinada por reacciones

físicas y fisiológicas desagradables y dolorosas. En ella se incluyen dos subcategorías, una de ellas relacionada con el consumo anterior de la sustancia, que incluye las reacciones físicas asociadas al síndrome de abstinencia y otra relacionada con estados físicos negativos que no están relacionados con el consumo anterior, como dolores, heridas, fatiga entre otros.

La tercera categoría, está relacionada con potenciar estados emocionales positivos, incluye aquellos casos en los que se vuelve al consumo de la sustancia para aumentar sentimientos de placer, alegría, libertad.

La cuarta categoría, está focalizada en poner a prueba el control personal, incluye aquellos casos en los que se prueba de nuevo la sustancia para comprobar que se puede hacer un uso moderado o controlado de la misma después del programa de tratamiento.

La última categoría dentro de los determinantes intrapsíquicos, se denomina ceder a la tentación o el impulso de consumir la sustancia, integra aquellas recaídas en la que el principal precipitante es un deseo imperioso de realizar la conducta adictiva en ausencia de factores interpersonales relacionados con la presión social y que tampoco responde a reacciones físicas asociadas al síndrome de abstinencia. Este deseo o imposibilidad de resistir las tentaciones de consumir puede darse en situaciones en las que están presentes señales relacionadas con el consumo anterior por ejemplo encontrar una botella o un paquete de cigarrillos que se había escondido anteriormente, pasar por un bar o cuando no existen estas señales y el deseo o el estado de activación es tan intenso que el individuo inicia la búsqueda de la sustancia.

Dentro de los determinantes interpersonales se incluyen tres categorías.

La primera de ellas, se denomina enfrentarse a conflictos interpersonales, en esta categoría se integran conflictos relativamente recientes asociados a una relación

interpersonal como el matrimonio, una amistad, la familia o las relaciones en el contexto de trabajo. Estos conflictos interpersonales se pueden dividir en dos subcategorías, según provoquen sentimientos de frustración o enfado (desacuerdos, peleas, celos, disputas) u otros sentimientos, tales como, ansiedad, miedo, tensión, preocupación, o, aprensión.

Otra categoría, dentro de los determinantes interpersonales, es la presión social frente al consumo de la sustancia; la presión social al consumo puede ejercerse tanto de forma directa como indirecta. En el primer caso, es una persona o grupo a través del contacto directo y generalmente con persuasión verbal la que presiona al individuo a consumir o le ofrece la sustancia. En la presión social indirecta, el individuo inicia el consumo en respuesta a la observación de una persona o grupo que está usando la sustancia y que le sirve de facilitador para el propio consumo.

La última categoría, enfatiza en el incremento de estados emocionales positivos, recoge aquellas situaciones en las que el primer consumo se realiza en situaciones interpersonales de celebración en las que se pretende aumentar los sentimientos de alegría, activación sexual, libertad.

La utilidad clínica de esta taxonomía de recaídas es, como el propio autor señala (Marlatt, 1996), proporcionar un esquema para comprender las situaciones y las características; que sirven como determinantes próximos de la recaída, con ello podemos conocer mejor este proceso y planificar mejor su tratamiento.

Para la clasificación de los episodios de recaída Marlatt y Gordon (1985) proponen que cada uno de ellos debe puntuarse en una única categoría. Cuando hay dudas entre categorías o un episodio se puede asignar a más de una categoría, se recomienda la elección del evento precipitante de la recaída más significativo y más reciente. Asimismo, se recomienda que se dé prioridad a los determinantes intrapersonales

frente a los interpersonales, así como, al orden de las categorías dentro de la clasificación propuesta.

Estas categorías situacionales representan situaciones de alto riesgo que facilitan la vuelta al consumo inicial después de un periodo de abstinencia. Otros componentes conductuales y cognitivos pueden incrementar el riesgo que se experimenta en tales situaciones y llevar a que este consumo inicial se mantenga.

METODOLOGÍA

Paradigma

La investigación es un proceso riguroso, cuidadoso y sistematizado en el que se busca resolver problemas, para esto se hizo necesario asumir una postura paradigmática que responda a las características de la investigación, partiendo de premisas y postulados definidos por la comunidad científica.

Partiendo de este postulado, para la presente investigación, destinada a estudiar los desencadenantes, mantenedores y reforzadores de las recaídas en el consumo de las sustancias psicoactivas de los adolescentes que han realizado su proceso de rehabilitación en la comunidad terapéutica Mocoa, se hizo imprescindible el uso de la metodología cualitativa, una metodología que centra su interés en una aproximación comprensiva e interpretativa desde la perspectiva de los actores con el fin de profundizar y comprender los desencadenantes de la recaída después de que el usuario termina su tratamiento.

Enfoque

La presente investigación partió de la metodología cualitativa para retomar el enfoque histórico hermenéutico, este enfoque permite una relación interactiva, dialógica y vi direccional para comprender los desencadenantes, mantenedores y reforzadores de las recaídas en el consumo de las sustancias psicoactivas partiendo de un análisis interpretativo de la situación actual basado en la hermenéutica y de esta forma realizar un estudio claro y preciso que sirva como una línea base a posteriores estudios que tengan como finalidad la prevención de esta problemática.

Tipo de investigación

El trabajo de grado es un estudio descriptivo porque pretende especificar los desencadenantes, mantenedores y reforzadores de las recaídas en el consumo de las sustancias psicoactivas de los adolescentes que han realizado su proceso de rehabilitación en la comunidad terapéutica Mocoa, se partió de un conteo simple de variables centrales para posteriormente describir con claridad y objetividad, la función que cumplieron dichas dimensiones como desencadenantes del fenómeno de estudio.

Población

Para la ejecución de la investigación se realizó un censo de toda la población que ha realizado su proceso de rehabilitación en la Comunidad Terapéutica Mocoa para determinar el número de adolescentes que han presentado una recaída en el consumo de sustancias psicoactivas teniendo en cuenta los siguientes criterios: (a) Haber realizado su proceso de rehabilitación en la Comunidad Terapéutica Mocoa durante el años 2012 y 2013. (b) El adolescente debe presentar una recaída en el consumo. (c) El adolescente debe estar dispuesto a revelar su historia voluntariamente. (d) El adolescente no debe obtener ningún beneficio al participar de la investigación. (e) Al adolescente participante se le debe garantizar la confidencialidad de la información y la protección de su identidad. (f) El adolescente y el padre de familia debe proporcionar por escrito su consentimiento para participar de la investigación.

A partir de este análisis la población de estudio estuvo representada en cinco adolescentes egresados de la Comunidad Terapéutica que han presentado recaída en el consumo de sustancias psicoactivas.

Delimitación espacial y temporal

El estudio se realizó en el año 2013, la recolección de la información se efectuó en el mes de agosto del mismo año con los adolescentes que han terminado su proceso de

rehabilitación en la Comunidad Terapéutica Mocoa y presentan recaída en el consumo.

Procedimiento

El proceso investigativo se desarrolló en cuatro fases que inician con el planteamiento del proyecto y culminan con la interpretación, el análisis y las conclusiones de la investigación.

En la primera fase denominada “elaboración del proyecto investigativo” se realizó la contextualización de la problemática a estudiar, se efectuó el planteamiento del problema, se diseñó los objetivos que guiaron el proceso investigativo, se elaboró el marco referencial, se delimitó la metodología a utilizar, se seleccionó los instrumentos de recolección (Entrevista de recaída para usuarios de sustancias adictivas ERSA). Para la segunda fase denominada “sensibilización” se realizó una revisión de los adolescentes que han terminado su proceso en la Comunidad Terapéutica para determinar quiénes han presentado una recaída, se seleccionó la población de estudio (cinco adolescentes que han recaído en el consumo de sustancias psicoactivas)

Como paso siguiente, se instauró el contacto con la población objeto de estudio, a esta población se le proporcionó información relacionada con el proceso a desarrollar y los objetivos del mismo; con el fin de establecer el rapport e incrementar la probabilidad de que la información proporcionada en la siguiente fase, sea fiable.

La tercera fase estuvo destinada a la “*recolección de la Información*”, en esta fase, a través de aplicación de la Entrevista de recaída para usuarios de sustancias adictivas (ERSA), se recolectó información concerniente a los desencadenantes, mantenedores y reforzadores de las recaídas en el consumo de las sustancias psicoactivas de los adolescentes que han realizado su proceso de rehabilitación en la comunidad terapéutica Mocoa. En función de la ética profesional, se certificó el consentimiento

informado de cada uno de los miembros de la población a quienes los investigadores garantizaron la confidencialidad de la información y la protección de su identidad.

La cuarta fase estuvo destinada al “*presentación de resultados*”, en esta fase se determinó las categorías prevalentes, se interpretó dicha información, para posteriormente plantear conclusiones y recomendaciones dirigidas a la comunidad inmersa en la problemática social, a la población objeto de estudio y a la Comunidad Terapéutica.

Instrumento de recolección de información.

La fase de recolección de información es una de las etapas de vital importancia en la ejecución del proceso investigativo, sin embargo no es suficiente con saber que debe recolectar la información, por esta razón se eligió un instrumento válido y confiable representado en la Entrevista de Recaída para Usuarios de Sustancias Adictivas ERSA, este instrumento se sustenta en la Taxonomía de Disparadores de Recaída de acuerdo a los trabajos expuestos por Marlatt y Gordon, se organiza en dos partes: 1) sondea los antecedentes de consumo: identificación, patrón de consumo y abstinencia (forma y la duración); 2) sondea el contexto de recaída, categorías de recaída, disparadores de recaída, similitud entre recaídas (ver anexo).

La entrevista ERSA fue creada por Lizbeth Roberta García Quevedo, Roberto Oropeza Tena, Fernando Vázquez Pineda y Humberto Ibarra Arias con el objetivo identificar las situaciones asociadas a las recaídas.

RESULTADOS

Parte 1: antecedentes de consumo.

Sección 1. Patrón de Consumo:

Al indagar el patrón de consumo tres de los sujetos entrevistados refirieron encontrarse consumiendo hasta el momento actual, el último episodio de consumo había acontecido unas horas antes de la aplicación de la entrevista, los dos usuarios restantes manifiestan quince días de abstinencia en el consumo.

Drogas que volvieron a consumir

<i>Drogas legales</i>	
Alcohol	4 de 5 sujetos de estudio.
Tabaco	Todos los sujetos de estudio (5)
<i>Drogas ilegales</i>	
Marihuana	Todos los sujetos de estudio (5)
Inhalantes	0 sujetos de estudio
Cocaína	1 sujetos de estudio
Pastillas	1 sujetos de estudio

Número de drogas que volvieron a consumir

Ante el ítem destinado a identificar el número de drogas consumidas en la vivencia de recaída se detectó que 3 del total de la muestra tuvieron recaída con 1 sola droga

(marihuana), los dos adolescentes restantes volvieron a hacer uso de dos sustancias diferentes (marihuana, cocaína, pastillas).

Tiempo de consumo

En razón al tiempo que llevaban consumiendo posterior a su egreso de la Comunidad Terapéutica Fray Luis Amigo, dos casos mencionaron que consumieron después de dos meses de su egreso de la Comunidad, dos adolescentes refieren la recaída en el consumo después de tres meses de su egreso y el ultimo caso restante manifiesta que consumió trascurridos cinco meses después de su egreso.

Frecuencia de consumo

De los cinco adolescentes que participaron del estudio, dos señalaron que consumieron todos los días, dos especificaron que consumían una vez por semana, uno manifestó que consume de 2 a 3 veces por semana.

Cantidad de consumo.

<i>Drogas legales</i>	
Alcohol	Una copa mínimo y máximo cuatro botellas en un fin de semana.
Tabaco	Un cigarrillos mínimo y máximo cinco diarios.
<i>Drogas ilegales</i>	
Marihuana	Los usuarios de esta droga especificaron como cantidad mínima de consumo un cigarrillos y como máximo cuatro cigarrillos.
Inhalantes	Ninguno de los usuarios entrevistados presenta recaída en el consumo de esta

sustancia.

Cocaína	El usuario que recayó en el consumo esta sustancia refirió un consumo mínimo de medio gramo y como máximo un gramo.
Pastillas	El usuario que recayó en el consumo esta sustancia refirió un consumo mínimo de una pastilla y como máximo dos.

Sección 2. Abstinencia:

Tiempo de abstinencia

Para la estimación del tiempo de abstinencia anterior a la recaída se contempló el tiempo de abstinencia después de su egreso de la Comunidad Terapéutica Fray Luis Amigo – Mocoa, obteniendo los siguientes resultados: dos adolescentes se mantuvieron un dos meses en abstinencia, dos sujetos lograron abstinencia durante tres meses y el último usuario mantuvo una abstinencia de cinco meses; es importante resaltar que los niveles más elevados de recaída se dieron en el segundo y tercer mes de abstinencia, convirtiéndose este rango en el factor de más alto riesgo ante la presencia de una recaída.

Motivo de abstinencia

La totalidad de los usuarios que participaron del estudio describieron como voluntario el tiempo de abstinencia, la mayoría argumentó que solicitó su ingreso al tratamiento por el deseo de dejar de consumir sustancias psicoactivas.

PARTE 2: Recaída

Sección 1. Contexto de recaída.

Los ítems de este apartado estuvieron destinados a indagar el contexto donde acontece la recaída en el consumo de sustancias psicoactivas, encontrando los siguientes resultados:

Solos o acompañados

Al indagar si se encontraban solos o acompañados momentos antes del consumo, la totalidad de la población manifiesta que se encontraban acompañados de referentes negativos (amigos) asociados a episodios pasados de consumo.

Lugar

Al indagar los lugares en donde aconteció la recaída, la mayoría de los casos (4) manifiestan que ocurrió en el barrio de residencia, solo unos de los casos refiere que aconteció en su propia casa.

Sección 2. Categoría de recaída.

Esta parte de la entrevista está basada en la teoría de la Taxonomía de Disparadores de Recaída de Marlatt y Gordón (1985) y la teoría de afecto positivo de McKay (1995); el análisis de este apartado permitió realizar una aproximación a las 8 situaciones descritas en la taxonomía de disparadores de recaída y una más respecto al afecto positivo, las cuales dirigen al reconocimiento de los factores que pudieron originar la recaída.

Para este apartado se solicitó a cada uno de los participantes que analizará cada una de las 9 situaciones adelante descritas con la intención de que identificarán aquellas que coincidieron con su experiencia momento antes de la recaída. Posteriormente se les pidió que estimaran el nivel de influencia de cada una de las situaciones que admitieron respecto al evento de recaída, encontrando lo siguiente:

Categoría Área Intrapersonal- Ambiental

Situación 1, Afecto displacentero: La totalidad de los sujetos participantes señalaron que se sintieron mal emocionalmente momentos antes de la recaída, narrando que esta situación si influyó en volver a consumir, cada uno de ellos estimo el nivel de influencia en su propio caso, concluyendo que esta situación influyó totalmente en su recaída.

Situación 2, Estados físicos negativos: Del total de la muestra, solo un usuario expuso haber sentido un malestar físico momentos antes del consumo, aceptando que esta situación si influyó en la recaída de una forma moderada.

Situación 3, Búsqueda de sensaciones positivas: De los 5 casos, 2 indicaron haber deseado cambiar o mejorar su estado de ánimo o físico, sin embargo ambos casos manifiestan que esta situación influyó poco en la recaída.

Situación 4, Control personal: Tan solo dos casos de la población total manifiesta que hubo pensamientos y comportamientos expuestos a situaciones riesgosas de consumo con cierta finalidad de probar control; uno de los participantes admitió que esta situación influyó en su recaída de una forma significativa, el usuario restante postulo que esta situación influyó moderadamente.

Situación 5, Tentación y necesidad de consumo: La totalidad de la población objeto de estudio refirió que se sintieron identificados con sentir deseo o necesidad de consumir, argumentando que esta situación influyó totalmente en su recaída.

Situación 6, afecto positivo previo al consumo: Ninguno de los sujetos de estudio, mencionaron que se encontraban tranquilos o que tenían un buen estado de ánimo momentos antes del consumo, esta situación permite concluir que este factor no fue relevante en el momento de la recaída.

Categoría Área Interpersonal

Situación 7, Problemas interpersonales: Con respecto a sí el participante experimento momentos antes del consumo un malestar emocional debido a problemas en su relación con otras personas, tres de los participantes afirmaron que esta situación influyo en su totalidad en la recaída, dos de ellos postularon que esta situación influyó moderadamente en la recaída.

Situación 8, Presión social: La totalidad de la población experimentaron algún tipo de presión de otras personas para consumir, dos de ellos considero que esta situación fue determinante para que volviera a consumir, dos manifestaron que esta situación influyó mucho y uno de ellos postulo que influyó moderadamente en la recaída.

Situación 9, Experiencias sociales placenteras: Cuatro de los participantes narraron que se encontraban contentos en compañía de otras personas y quisieron mantener o aumentar la sensación, sólo uno de ellos dijo que esta situación afectó totalmente, tres explicaron que se trató de un evento que influyó moderadamente.

Sección 3. Disparadores de recaída.

De las nueve situaciones anteriormente descritas, se les solicitó a los participantes elegir las tres más significativas entre todas las situaciones con las que se identificaron momentos antes del consumo.

Categoría Intrapersonal-Ambiental

Situación 1, Afecto displacentero: De la totalidad de los participantes que se identificaron con esta situación, dos postularon que la soledad, el enojo y la frustración influyo en la recaída; dos manifestaron haber sentido poca confianza en sí mismos, depresión, ambivalencia y tristeza. Es importante aclarar que la mayoría de los que se identificó con esta situación hicieron mención de más de una emoción con las que coincidieron momentos antes del consumo, señalando la soledad y la frustración con mayor orden jerárquico, es decir fueron distinguidas estas emociones como de mayor intensidad, por lo que, aunque el enojo fue de las emociones más reconocidas por la población de estudio no fue experimentada como de mayor impacto.

Situación 2, Estados físicos negativos: La segunda subcategoría señala malestares físicos asociados al fenómeno de la recaída, esta situación resulto significativa sólo

para uno de los participantes; dentro de estos malestares se encontró la tensión o ansiedad, problemas para dormir, siendo la tensión o ansiedad el estado de mayor impacto.

Situación 3, Búsqueda de sensaciones positivas: Esta subcategoría identifica el interés de incrementar estados emocionales positivos. Del total de la población, solo dos usuarios manifestaron que esta situación influyó en la recaída de una manera poco significativa; dentro de las ideas más significativas se encontraron el deseo de no sentir, olvidar momentos tristes, dejar de sentir ansiedad, evadir problemas, fugarse de la realidad, estos elementos permiten evidenciar una búsqueda de escape del malestar.

Situación 4, Control personal: La cuarta subcategoría desprende situaciones de control personal. En este apartado dos de los participantes la eligieron como de las situaciones que influyo en la recaída, los sujetos identificados con esta situación quisieron probar que podían consumir un poco de la sustancia y detener el consumo, los dos usuarios manifestaron una sensación de confianza de no consumir exponiéndose a situaciones de riesgo, esta sensación de confianza fue reforzada por el sentimiento de controlar cualquier situación de riesgo de consumo por haber estado en tratamiento, este hecho refleja el deseo de probar que la fuerza de voluntad podía aplicarse a lugares anteriormente asociados al consumo y a la presencia de la sustancia *“pensé que podía tener las sustancia en mis manos y no consumirla”*

Situación 5, Tentación y necesidad de consumo: Esta situación hace referencia al deseo y urgencia de consumo, ante esta situación la totalidad de la población (cinco casos) manifestó que este hecho influyo en la recaída, esta necesidad de consumo se potencializo por la obtención de dinero que facilita el acceso a la sustancia, por la presencia de objetos relacionados con el consumo, por la compañía de antiguos compañeros de consumo, por visitas a lugares relacionados con el inicio del consumo, estas situaciones reforzaron el deseo de volver a experimentar los efectos de la droga.

Situación 6, Afecto positivo: Dentro de esta categoría ninguno de los participantes del estudio manifestó estados de alegría, felicidad o buen humor momentos antes del consumo, esta situación permite evidenciar que esta categoría fue la menos relevante frente a los desencadenantes de la recaída.

Categoría 2: Área Interpersonal

Situación 7, Problemas interpersonales: Esta categoría representa sentimientos desagradables desencadenados por una situación de conflicto con otro, ante este elemento la totalidad de la población manifiesta que es un elemento relevante en la recaída (tres de los participantes afirmaron que esta situación influyo en su totalidad en la recaída, dos de ellos postularon que esta situación influyó moderadamente), dentro de las situaciones que desencadenaron estos conflictos se encuentran discusiones familiares, conflictos de pareja, sentimientos de enojo con amigos, frustración por la desconfianza que muestra su familia tras el periodo de reintegro y sensación de rechazo social por el antecedente de consumo.

Situación 8, Presión social: Este ítem de la entrevista hace referencia a la presión social en torno al consumo percibida por la población objeto de estudio; las respuestas permiten evidenciar que la totalidad de la población refiere haber recibido algún tipo de presión, dentro de ellas se encuentran el usó la droga para integrarse y sentirse parte del grupo de personas que estaban consumiendo y la dificultad para negarse al consumo ante la presencia de referentes negativos asociados al consumo.

Situación 9, Experiencias sociales placenteras: Los adolescentes que se identificaron con esta subcategoría manifiestan que la recaída estuvo asociada a dos situaciones concretas: 1) deseaban sentirse más integrados en una reunión, 2) festejo de algún evento especial con amigos.

INTERPRETACION DE LA INFORMACION

El presente trabajo de grado se efectuó con el objetivo de identificar los factores desencadenantes, mantenedores y reforzadores de la recaída en el consumo, en busca de diseñar estrategias de prevención para este fenómeno en los adolescentes egresados de la comunidad terapéutica Fray Luis Amigo ubicada en el Municipio de Mocoa - Putumayo.

Para la interpretación de los datos que se muestran a continuación debe tenerse en cuenta que los resultados obtenidos tras la aplicación de la *“Entrevista de Recaída para Usuarios de Sustancias Adictivas ERSA”*, están orientados a establecer situaciones asociadas a la recaída focalizadas en los antecedentes de consumo, el contexto de recaída, categorías de recaída y disparadores de recaída, sustentados en la Taxonomía de Disparadores de Recaída de Marlatt y Gordon; entendiendo la recaída como: *“un proceso determinado por factores cognoscitivos y situacionales, caracterizados por la presencia de factores precipitantes que conducen a un adolescente egresado de la Comunidad Terapéutica Fray Luis Amigo a reincidir en el consumo después de un periodo de abstinencia”*.

Bajo estos criterios, se encontraron datos relevantes frente al objeto de estudio, de 20 adolescentes que han culminado su proceso de rehabilitación y han egresado de la Comunidad Terapéutica, 5 presentan recaída en el consumo de sustancias psicoactivas; cada recaída se ha constituido en un proceso, en una cadena progresiva de conductas, actitudes y eventos que se inician mucho antes de que el usuario comience a consumir de nuevo la sustancia; en su relato cada sujeto que integra la población de estudio manifiesta que su recaída empezó con un pensamiento, un sentimiento o una conducta que fue materializándose inicialmente en un simple desliz que posteriormente dio lugar a una recaída completa.

Los cannabinoides, seguidos del clorhidrato de cocaína son las drogas ilegales de mayor consumo durante la recaída, el consumo de estas sustancias se refuerza con ingesta de drogas legales como el alcohol y el tabaco; a este postulado hay que añadirle que la ruptura de la abstinencia se da entre el segundo y tercer mes de abstinencia, un rango de tiempo en donde el egresado se desprende de la Comunidad Terapéutica que se caracteriza por una realidad construida desde una intención psicopedagógica - terapéutica y se enfrenta con la realidad familiar y social que se caracteriza por el reencuentro con vivencias que evocan recuerdos pasados y la puesta en práctica de las herramientas terapéuticas facilitadas y la capacidad del sujeto para adaptarlas y hacer frente a las exigencias que implica el reintegro integral del usuario.

Frente al contexto donde acontece la recaída, la totalidad de la población manifiesta que se encontraban acompañados de referentes negativos (amigos), este elemento está ligado a lugares (barrio, antiguos puntos de encuentros de consumo, residencia) asociados a rituales de consumo acontecidos antes del ingreso al tratamiento; estos lugares evocan recuerdos asociados al consumo que incrementan la probabilidad de la recaída.

Al hablar de los desencadenantes y los disparadores de la recaída a nivel intrapersonal e interpersonal, se puede concluir que los desencadenantes, mantenedores y reforzadores más predominantes en este hecho están focalizados en tres ejes:

En primer lugar se encuentra la recaída en el consumo asociada a la presencia de emociones desagradables que causan un afecto displacentero (esta situación no sólo fue experimentada por la mayoría de la población objeto de estudio, sino además es reconocida como la de mayor impacto en el momento de consumir la recaída); entre las emociones desagradables más experimentadas se encuentran la frustración, el enojo y la soledad; sin embargo es importante mencionar que las emociones negativas no son en sí mismas la causa de la recaída, sino el reflejo de un estilo de vida carente de habilidades para enfrentarse a estas situaciones, cuando el sujeto siente

incapacidad para manejar estos estados emocionales se generan sentimientos de ineficacia, de debilidad e inferioridad que lo vuelven vulnerable ante la recaída, como dijera Marlatt (1985): cuando el individuo fracasa al dar respuestas alternativas a las demandas del ambiente después del tratamiento, surge el consumo como una respuesta desadaptativa y dominante para enfrentarse a dichas demandas.

En segundo lugar se encuentra la recaída en el consumo ligada al control personal (este elemento ocupa un lugar significativo, porque la mayoría de los sujetos evaluados se identificó con la frase: quiso probar que podía consumir un poco de la sustancia y detener el consumo); este elemento refleja el deseo de los egresados de poner a prueba sus habilidades para hacer uso moderado o controlado de la sustancia después de haber terminado su programa de tratamiento en la Comunidad Terapéutica.

El individuo, después de varios meses de abstinencia crea una impresión personal de control mayor frente a la adicción y piensa que los problemas relacionados con el consumo han desaparecido, esta sensación de control se mantiene después de haber terminado el proceso hasta que el individuo se enfrenta a factores de alto riesgo, cuando este factor de riesgo amenaza el sentido de control del individuo incrementa el riesgo de la recaída; cuando el egresado despliega respuestas cognitivas o conductuales efectivas para enfrentarse a este factor, la posibilidad de recaer decrece significativamente y aumenta la perspectiva de autocontrol y las expectativas de autoeficacia; por el contrario, cuando el egresado de la comunidad no es capaz de enfrentarse con esta situación de riesgo, porque nunca adquirió las habilidades para afrontar esta situación, porque el miedo o ansiedad que le produce el factor de riesgo bloquea la respuesta apropiada o porque no es capaz de identificar el riesgo inminente, es probable que la persona experimente una disminución de sus percepciones de autoeficacia y el sentimiento de no ser capaz de controlar la sustancia aumente.

Desde esta perspectiva la probabilidad de recaída en el consumo es mayor en la medida que estas expectativas de control y autoeficacia disminuidas, se combinan con expectativas de resultados positivos de los efectos iniciales del consumo de la sustancia, al respecto Marlatt (1985) postula: si un individuo, de acuerdo a su experiencia pasada, anticipa los efectos inmediatos del consumo y al mismo tiempo, no tiene en cuenta las consecuencias negativas a largo plazo, el deseo de gratificación inmediata le atrae al consumo de la sustancia y se incrementa la probabilidad de una recaída.

En tercer lugar se encuentra la recaída ligada a problemas interpersonales, esta subcategoría es reconocida por la población que participa de la investigación como una de las principales causas que propiciaron la recaída, la mayoría de los egresados relacionan este hecho con sentimientos de enojo asociados a discusiones familiares o con amigos, existiendo mayor énfasis en problemas con padres y hermanos por desconfianza después de la terminación de su proceso de rehabilitación.

Estos problemas impersonales son variables que afectan negativamente la estabilidad del individuo e influyen de modo directo o indirecto en el desarrollo de conductas problemáticas asociadas a la recaída.

Se finalizará este apartado dedicado a la interpretación de los resultados manifestando que las categorías situacionales anteriormente descritas representan situaciones de alto riesgo que facilitan la vuelta al consumo inicial después de un periodo de abstinencia, sin embargo otros componentes conductuales y cognitivos pueden incrementar el riesgo que se experimenta en tales situaciones y llevar a que este consumo inicial se mantenga.

CONCLUSIONES

La gran complejidad del fenómeno de recaída se ve reflejada en los múltiples factores que llegan a producir la repetición del comportamiento adictivo de alguien que había logrado la abstinencia durante un tiempo relativamente importante; por esta razón a partir de este estudio destinado a identificar los desencadenantes, mantenedores y reforzadores de las recaídas de los usuarios egresados de la Comunidad Terapéutica Fray Luis Amigo, nos permite obtener cuatro conclusiones en tono a este fenómeno.

En primer lugar este estudio permite concluir que la presencia de emociones desagradables que causan un afecto displacentero; la impresión personal de mayor control frente a la adicción, asociada al pensamiento del egresado frente a la desaparición de los problemas relacionados con el consumo y los problemas interpersonales a nivel familiar se convierten en los principales desencadenantes y disparadores de la recaída en los cinco adolescentes egresados de la Comunidad Terapéutica; estos argumentos se convierten en plataformas de conocimiento para perfeccionar y enriquecer el tratamiento haciendo énfasis en la prevención de recaídas.

En segundo lugar, cuando investigamos los desencadenantes, mantenedores y reforzadores de la recaída y se hace la reconstrucción de este evento, se encuentra que las emociones negativas cobran protagonismo, los sujetos apelan a estas emociones cuando analizan los motivos de la recaída; cuando se examinan las circunstancias externas se encuentra que los momentos previos al consumo están impregnados de conflictos interpersonales que generan aislamiento, sentimientos de soledad y malestar personal; en este punto habría que preguntarse ¿Por qué los egresados de la Comunidad Terapéutica Fray Luis Amigo reaccionan con tanta intensidad ante estos factores a nivel interpersonal e intrapersonal?, para responder este interrogante se

retoman los postulados de Marlatt y Gordon (1985) quienes explican que las creencias básicas de estos usuarios frente en relación con las ventajas o inconvenientes relativos a tomar drogas, no han cambiado sustancialmente, es decir, no han modificado las actitudes que alimentan el deseo, en consecuencia sus controles ante los factores de alto riesgo a nivel interpersonal o intrapersonal se debilitan fácilmente

En tercer lugar este trabajo proporciona un interesante cuerpo de información sobre los desencadenantes, mantenedores y reforzadores de las recaídas tras un proceso de tratamiento, es un estudio retrospectivo en donde los sujetos nos proporcionan información sobre eventos y situaciones que ocurrieron en momentos pasados, por esta razón este estudio deberá ser complementado con investigaciones prospectivas que evalúen a los sujetos en diferentes momentos del tiempo (antes y después) para determinar si los factores identificados son auténticos predictores, o si por contrario, la visión que nos da el individuo está contaminada por vivencias posteriores; todo esto con el fin de diseñar estrategias de control personal para el manejo de las emociones negativas y la potencialización de los estados emocionales positivos que favorezcan la reinserción integral, desarrollar redes amplias de apoyo social que fomenten una ocupación activa que ayude a controlar la exposición a modelos de personas consumidoras.

En cuarto lugar la recaída es un proceso que tiene determinantes múltiples e interactivos que varían en su proximidad temporal y en su influencia relativa, bajo esta perspectiva la detección de factores que desencadenan y refuerzan la recaída tienen un alto valor predictivo sobre los resultados de los tratamientos, por esta razón en futuros estudios cabría considerar otro tipo de factores en combinación con las variables del paciente; por ejemplo, factores previos al tratamiento; factores relacionados con el tratamiento (el tipo, la intensidad, formato, duración, tiempo de espera, accesibilidad, servicios adicionales ofrecidos, formación del personal, relaciones del personal con los pacientes) y los factores post – tratamiento (variables

relacionadas con la vida posterior al tratamiento que hacen que se mantengan los logros alcanzados y que influyen en el aumento o minimización de la probabilidad de una recaída); estos resultados permitirían asignar a los usuarios a diferentes modalidades de tratamiento, maximizando las posibilidades de incrementar la eficacia de éstos.

FUENTES CONSULTADAS

Aarom, T, Beck, Fred, D, Wryght, Cory, F, Newman, Bruse, S, Liese. (2004). Terapia cognitiva para las drogodependencias. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica S.A.

Agreda Montenegro, Esperanza Josefina (2004). Guía de Investigación Cualitativa Interpretativa. Institución Universitaria CESMAG. 1º Edición

Caballo, Vicente (1998). Manual para el tratamiento cognitivo conductual para el tratamiento de los trastornos psicologicos. México: Prentice Hall.

Díaz Juan Salabert (2000). Prevención de recaídas. Centro Provincial de Drogodependencias de Málaga.

García Gonzales, R (1991). La prevención de recaída en la dependencia al alcohol: Desarrollo y valoración de un programa experimental de intervención. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid.

Gómez Fragueta, J. A. y Villar, P. Universidad de Santiago de Compostela. Autor Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Análisis de Factores de Prevención de Recaídas Evaluación de los Tratamientos de Drogodependencia Luengo, A.; Romero, E.

Psicothema (1997). Evaluación Conductual En Prevención de Recaídas en la Adicción a las Drogas: Estado actual y aplicaciones clínicas. Vol. 9, nº 2, pp. 259-270. ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG.

Odriozola, A (1992). La utilización del tiempo libre y recaída en drogodependientes abstinentes. San Sebastián, Proyecto Hombre.

Washton, Arnol, M (1995). La adicción a la cocaína, tratamiento, recuperación y prevención. Barcelona. Ediciones Paidós S.A.

Anexo 1

Formato de consentimiento Informado

Yo _____ identificado con CC. No _____ autorizo a los investigadores LUIS FERNANDO AZAIN identificado con CC No de Pasto – Nariño, HELMER GIRALDO identificado con CC No 1019044010 de Bogotá y EULER MELO identificado con CC No 87455142 de Samaniego - Nariño, para que me apliquen la Entrevista de Recaída para Usuarios de Sustancias Adictivas ERSA, con el fin de obtener información que será utilizada como sustento del trabajo de grado denominado “Desencadenantes, mantenedores y reforzadores de las recaídas en el consumo de las sustancias psicoactivas de los adolescentes que han realizado su proceso de rehabilitación en la Comunidad Terapéutica Fray Luis Amigo - Mocoa”.

Los investigadores me han explicado la naturaleza y propósito de la evaluación, así como también que la información recolectada es únicamente con fines investigativos y académicos, que no será utilizada para procedimientos judiciales y que además mis datos de identificación se mantendrán en total confidencialidad.

Certifico que he comprendido lo anterior o que se me ha leído en su totalidad antes de firmar y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre voluntad.

(Adolescente) Firma y T.I.

(Padre de Familia) Firma y C.C.

Certificamos que hemos explicado la naturaleza y propósito de la investigación así como que se mantendrá la confidencialidad de los datos, además hemos contestado todas las preguntas e inquietudes de las personas involucradas.

Luis Fernando Azain

CC No: 87067576 Pasto.

Helmer Giraldo.

CC No: 1019044010 Bgta.

Euler Melo.

CC No: 87455142 Sgo.

Anexo 2

Entrevista de Recaídas para Usuarios de Sustancias Adictivas (ERSA)

Lizbeth Roberta García Quesvedo, Roberto Oropeza Tena, Fernando Vázquez Pineda, y Humberto Ibarra Arias.

I. Antecedentes de consumo

Este apartado evalúa tres áreas: datos de identificación, patrón de consumo y abstinencia.

Instrucciones para el entrevistador (IE): son una guía para aplicar la ERSA. Es necesario conocerlas anticipadamente para tener un mejor manejo de la entrevista.

La ERSA define una **recaída**, como el primer uso de una droga (incluyendo alcohol y tabaco), rompiendo con un periodo de abstinencia. El objetivo de esta entrevista, es identificar las principales causas del inicio de la **recaída más reciente**, después de que la persona estuvo en abstinencia, al menos por una semana. Toda la información que proporcione la persona será confidencial.

Fecha de aplicación: _____

Sección A. Datos de Identificación

1. Nombre: _____
2. Sexo: (M) (F)
3. Edad: _____

Sección B. Patrón de Consumo

4. - ¿Cuál es la principal sustancia por la que actualmente está en tratamiento? IE: Marcar la sustancia y especificar el tipo. Si es poliusuario, pedirle que jerarquice las sustancias en orden descendente, de la que causa más (1) a la que causa menos problemas (3) y aplicar la ERSA retomando la sustancia asignada con el número 1. En caso de detectar varias sustancias de igual impacto, ubicar la entrevista en la sustancia con la que inició la última recaída.
<input type="checkbox"/> Alcohol Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Marihuana
<input type="checkbox"/> Inhalables Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Tabaco.
<input type="checkbox"/> Cocaína Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Cristal.
<input type="checkbox"/> Pastillas Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Otra: _____
5. ¿Por cuánto tiempo ha consumido esta sustancia? _____
6. ¿Cuándo fue la última vez que consumió esta sustancia? _____
7. ¿Con qué frecuencia usó esta sustancia en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> 1 ó 2 veces al mes <input type="checkbox"/> 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 2 a 3 veces por semana <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Otra: _____
8. ¿Qué cantidad de la sustancia usó en cada ocasión durante los últimos 6 meses? _____ IE: Convertir a tragos, cigarrillos, gramos o mililitros.

Sección C. Abstinencia

Considerando la sustancia por la que está en tratamiento, trate de recordar la **recaída más reciente**, en los últimos dos años, y responda las siguientes preguntas.

- 9 - ¿Cuánto tiempo duró la abstinencia anterior a la recaída? _____
 10.- ¿Cómo fue la abstinencia anterior a la recaída?
 IE: Describir al usuario las opciones de respuesta
 Voluntaria Forzada u obligada No recuerda Otra: _____

II. Recaída

Este apartado esta dividido en cuatro secciones que evalúan la última recaída del usuario entrevistado.

Sección 1. Contexto de recaída

IE: Pedir al usuario que describa cómo fue su recaída más reciente, solicitando la siguiente información:

1. ¿Cuándo ocurrió el inicio de la recaída? Fecha: _____
 2. ¿En que situación se encontraba? _____
 3. ¿Qué día de la semana era? _____ 4. ¿Qué hora era? _____
 5. ¿Dónde estaba? _____ 6. ¿Había otras personas? _____
 7. ¿Quién? _____

Sección 2. Categorías de recaída

IE: En los siguientes nueve reactivos, si el usuario contesta NO, pasar al siguiente reactivo. Por otro lado si contesta SI pasar al inciso b), si en ese contesta SI pasar al inciso c). Para obtener las respuestas del inciso c), explicar al usuario la siguiente escala y escribir sobre la línea el porcentaje dado por el usuario.

- c) ¿Qué tanto considera que influyó? 0%-----25%-----50%-----75%-----100%
 No Influyó Influyó Influyó Influyó Influyó
 Influyó Poco Moderadamente Mucho Totalmente

A continuación, le haré unas preguntas sobre las situaciones que pudieron originar la recaída. Conteste si o no. Ubique cada pregunta **momentos antes de la recaída**.

1. a. ¿Se sintió mal emocionalmente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. ¿Esta situación influyó en la recaída?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c. ¿Que tanto considera que influyó?	0 a 100%	
2. a. ¿Se sintió mal físicamente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. ¿Esta situación influyó en la recaída?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

c. ¿Que tanto considera que influyó? 0 a 100% _____		
3. a. ¿Quiso cambiar o mejorar su estado de ánimo o físico?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. ¿Esta situación influyó en la recaída?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c. ¿Que tanto considera que influyó? 0 a 100% _____		
4. a. ¿Quiso probar que podía controlar el consumo, en situaciones donde era probable que consumiera?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. ¿Esta situación influyó en la recaída?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c. ¿Que tanto considera que influyó? 0 a 100% _____		
5. a. ¿Sintió deseo o necesidad de consumir?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. ¿Esta situación influyó en la recaída?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c. ¿Que tanto considera que influyó? 0 a 100% _____		
6. a. ¿Estaba tranquilo o tenía un buen estado de ánimo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. ¿Esta situación influyó en la recaída?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c. ¿Que tanto considera que influyó? 0 a 100% _____		
7. a. ¿Se sintió mal emocionalmente debido a problemas en su relación con otras personas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. ¿Esta situación influyó en la recaída?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c. ¿Que tanto considera que influyó? 0 a 100% _____		
8. a. ¿Sintió algún tipo de presión de otras personas para consumir?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. ¿Esta situación influyó en la recaída?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c. ¿Que tanto considera que influyó? 0 a 100% _____		
9. a. ¿Estaba contento en compañía de otras personas y quiso mantener o aumentar esa sensación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Esta situación influyó en la recaída?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Que tanto considera que influyó? 0 a 100% _____		

Sección 3. Disparadores de recaídas

IE: Identificar los 3 reactivos con los porcentajes más altos de la sección 2 y, de esta sección 3 realizar solo las preguntas que estén relacionadas con estos 3 reactivos. Si el usuario da mas de una respuesta por pregunta pedirle que las jerarquice en orden descendente, de la que más influyó (1) a la que menos influyó (3) en la recaída.

Ahora le haré unas preguntas más específicas sobre las situaciones que vivió antes de la recaída. **Momentos antes de la recaída...**

1. ¿Qué emoción desagradable tuvo?	
<input type="checkbox"/> Soledad	<input type="checkbox"/> Enojo
<input type="checkbox"/> Frustración	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Poca confianza en ti mismo	<input type="checkbox"/> Otra:
2. ¿Cuál fue el malestar físico que tuvo?	
<input type="checkbox"/> Tensión o ansiedad	<input type="checkbox"/> Molestias estomacales

...

<input type="checkbox"/> Cansancio o sueño	<input type="checkbox"/> Algún dolor
<input type="checkbox"/> Problemas para dormir	<input type="checkbox"/> Otra:
3. ¿Qué cambio o mejora quiso sentir en su estado de ánimo o físico? Quiso...	
<input type="checkbox"/> Estar más alerta	<input type="checkbox"/> Sentirse con más energía
<input type="checkbox"/> Sentirse contento	<input type="checkbox"/> Sentirse más prendido o acelerado
<input type="checkbox"/> Sentirse mejor de lo que sentía	<input type="checkbox"/> Otra:
4. ¿Cómo quiso probar que podía controlar el consumo? Quiso probar que...	
<input type="checkbox"/> A fuerza de voluntad, podía estar en lugares donde antes consumía y no consumir	
<input type="checkbox"/> Podía consumir un poco de la sustancia y detener el consumo	
<input type="checkbox"/> No consumiría en una situación donde tuviera la sustancia a la mano	
<input type="checkbox"/> Podía controlar cualquier situación de riesgo de consumo, por estar en tratamiento	
<input type="checkbox"/> Era suficiente su confianza de no consumir, exponiéndose a situaciones de riesgo de consumo	
<input type="checkbox"/> Otra:	
5. ¿Qué le provocó el deseo o necesidad de consumir?	
<input type="checkbox"/> Sintió deseo de consumir por tener dinero	
<input type="checkbox"/> Estaba consumiendo otra sustancia y esto lo llevo a consumir la droga de preferencia	
<input type="checkbox"/> De pronto sintió un deseo de usar la sustancia al ver objetos relacionados con el consumo	
<input type="checkbox"/> Vio a los antiguos compañeros de consumo	
<input type="checkbox"/> Se encontraba cerca o en el lugar donde anteriormente consumía	
<input type="checkbox"/> Otra:	
6.- ¿Qué estado de ánimo agradable sintió?	
<input type="checkbox"/> Se sentía satisfecho con su vida en general	<input type="checkbox"/> Se sentía de buen humor o alegre
<input type="checkbox"/> Estaba feliz por como le estaban saliendo las cosas	<input type="checkbox"/> Sentía que no tenía preocupaciones
<input type="checkbox"/> Confiaba que nada malo iba a pasar	<input type="checkbox"/> Otra:

7. ¿Qué emoción desagradable tuvo por problemas en la relación con otras personas?

- Sentía que otras personas lo menospreciaban
- Se sintió enojado tras involucrarse en discusiones con su pareja, familiares o amigos
- Se sintió enojado tras involucrarse en discusiones con compañeros de trabajo o escuela
- Se sintió frustrado por la desconfianza que le mostraba su familia
- Sentía que era difícil relacionarse con los demás
- Otra:

8. ¿De qué forma lo presionaron otras personas para consumir?

- Estaba con un grupo de personas que lo presionaban a consumir y sintió que no podía negarse
- Usó la droga para integrarse y sentirse parte del grupo de personas que estaban consumiendo
- Vio a alguna persona consumir drogas
- Alguien lo invitó a consumir
- Se encontró con la persona que le vendía la droga y lo forzó a comprar o consumir
- Otra:

9. ¿Cuál fue la sensación agradable que quiso mantener o aumentar al estar conviviendo con otras personas?

<input type="checkbox"/> Estaba feliz, pasando un buen rato en una reunión familiar o con amigos <input type="checkbox"/> Quería sentirse más integrado a un grupo de amigos en una reunión <input type="checkbox"/> Buscaba incrementar el placer sexual en sus relaciones íntimas <input type="checkbox"/> Quería festejar algún evento especial con amigos o familiares <input type="checkbox"/> Buscaba desenvolverse mejor en un grupo de personas <input type="checkbox"/> Otra:

Sección 4. Similitud con otras recaídas

IE: Para obtener las respuestas del inciso b), en los siguientes dos reactivos, explicar la siguiente escala y escribir sobre la línea el porcentaje dado por el usuario.

b) ¿Qué tanto considera que se parecen? 0%-----25%-----50%-----75%-----100%

No se parecen Se parecen poco Se parecen moderadamente Se parecen mucho Se parecen completamente

Para terminar la entrevista, le haré dos preguntas, en la primera piense en sus recaídas en general y en la segunda, específicamente en las situaciones que han iniciado las recaídas.

1. a. ¿Se parece esta última recaída a otras que ha tenido?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. ¿Que tanto considera que se parecen?	0 a 100%	
2. a. ¿Se parecen las situaciones que iniciaron esta última recaída a las que han iniciado otras recaídas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Que tanto considera que se parecen?	0 a 100%	

Observaciones:

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.